W Engelmann

Bochum 1982

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Ruhr-Universität Bochum
(Leiter: Prof. Dr. H. Viefhues)

Die Effizienz der Versorgung psychisch Kranker wohnhaft in der Stadt Witten

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität zu Bochum

vorgelegt von
Wilfried Engelmann
aus Witten
1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. H. Viefhues
Referent: Prof. Dr. J. Vliegen
Korreferent: Prof. Dr. E. Müller

Tag der mündlichen Prüfung: 16.6.1982

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	5
2.1.	Die Zielsetzung	7
2.2.	Die Definition der Grundgesamtheit	8
2.3.	Die Versorgung Wittener psychisch Kranker	9
3.	Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker	11
4.	Planung und Durchführung der Untersuchung	
4.1.1.	Methode zur Erfassung der Grundgesamtheit	15
4.1.2.	Die Grundgesamtheit	15
4.2.1.	Die konzipierte Methode	17
4.2.2.	Der Interviewerleitfaden	19
4.3.1.	Methode zur Klärung des weiteren Verbleibs der Kranken	20
4.3.2.	Der weitere Verbleib der Kranken	20
4.3.3.	Auswirkungen des weiteren Verbleibs der Kranken auf die konzipierte Arbeit	20
4.4.1.	Durchführung der Voruntersuchung	22
4.4.2.	Ergebnisse der Voruntersuchung	22
4.5.1.	Erweitertes Konzept zur Erfassung des sozialen Schicksals	23
4.5.2.	Erweiterte Methoden der Kontaktaufnahme	24
4.6.1.	Durchführung der Interviews der Untersuchung	25
4.6.2.	Ergebnisse der Interviews der Untersuchung	25
4.7.	Die Interviewten der Voruntersuchung und der Untersuchung	26
4.8.1.	Länge der Interviews	27
4.8.2.	Ort der Durchführung und anwesende Dritte	27
4.8.3.	Aufzeichnungen der Interviews	28
4.8.4.	Auswertungsmöglichkeiten der Interviews	28
4.9.	Durchführung der anderen Methoden der Untersuchung	29

		Seite
5.1.	Einzelergebnisse der Untersuchung	30
5.1.1.	Schul- und Berufsausbildung	30
5.1.2.	Erwerbsleben, Renten und finanzielle Situation	31
5.1.3.	Beziehungen zu den Arbeitskollegen	35
5.1.4.	Freundschaftliche Beziehungen	37
5.1.5.	Familienstand und Wohnsituation	38
5.1.6.	Beziehungen zu Eltern, Geschwistern, Kindern und anderen Verwandten	40
5.1.7.	Vormund- und Pflegschaften	42
5.1.8.	Beziehungen zu den Nachbarn	43
5.1.9.	Strafrechtliches	44
5.1.10.	Medizinische Nachbehandlung und soziale Nachbetreuung	45
5.1.11.	Suicide	46
5.1.12.	Sterbealter	46
5.1.13.	Kranke in Schlicht- oder Übergangswohnungen	47
5.1.14.	Die Kranken in einem Alten- oder Pflegeheim	48
5.2.	Beurteilung und Häufigkeitsverteilung der sozialen Folgen	49
6.	Die psychisch Kranken in der Stadt Witten	51
7.	Beurteilung der Versorgung psychisch Kranker	
7.1.	Vergleich der Realversorgung mit der empfohlenen Idealversorgung	57
7.2.	Beurteilung des sozialen Schicksals	58
8.	Ergebnisse der Pilotstudie	59
9.	Die Fragen des Interviewerleitfadens	60
10.	Literaturverzeichnis	64
	Danksagung	66
	Lebenslauf	67

1. EINLEITUNG

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland ist dringend verbesserungsbedürftig. Besonders große Versorgungslücken bestehen in den Bereichen der komplementären, ambulanten und gemeindenahen Dienste. [1]

Eine psychische Krankheit ist auch ein sozialer Prozeß. Sie bedingt oft Verhaltensstörungen die negative soziale Sanktionen der Umwelt herausfordern. [2] Auch wenn abweichendes Verhalten als krankhaft erkannt wird, so wird es nicht immer entschuldigt. Es gilt als unberechenbar und nicht selten als gefährlich. Vorurteile treffen den Kranken [3] und seine Familie. Diese ist oft nicht bereit, eine psychische Erkrankung zu akzeptieren, da sie weiß, daß eine solche Erkrankung mit einem Stigma verbunden ist, das auch sie selbst trifft. [4] Neben den hier geschilderten sozialen Prozessen werden sie sozialen Veränderungen im Leben eines psychisch Kranken von den krankheitsspezifischen psychischen und körperlichen Behinderungen verursacht. Denken wir an einen Kranken mit einer Korsakow-Psychose, die unter anderem durch Verlust des Altgedächnisses, Verschlechterung der Auffassungsfähigkeit, Verminderung der Spontaneität und Konfabulationen gekennzeichnet ist.

Die Ausprägungen der sozialen Veränderungen im Leben eines psychisch Kranken sind neben anderen Faktoren

1) vgl.: Enquete zur Lage der Psychiatrie in der BRD
2) vgl.: FINZEN, 1972, S. 3
3) vgl.: JAECKEL u. WIESER, 1970
4) vgl.: REINHARDT - SCHNADT, 1973

sicherlich auch von der Effiziens der Versorgung abhängig, deren Aufgabe es auch ist, negative soziale Folgen der Erkrankung zu verhindern oder zu mildern, [5] Daher können die Veränderungen als eine Möglichkeit zur Beurteilung der Versorgung herangezogen werden.

Diese Arbeit wird als eine Pilotstudie für die oben genannte begleitende Forschung konzipiert, die eine Methode zur Erfassung der sozialen Veränderungen beschreibt und prüft. Diese Veränderungen werden in ihrer Gesamtheit dargestellt und unter Berücksichtigung der gegebenen Versorgung diskutiert.

5) Im folgenden wird unter "Versorgung psychisch Kranker" verstanden: Die medizinische Versorgung, die soziale Betreuung sowie die berufliche Rehabilitation.

2.1. DIE ZIELSETZUNG

Die Versorgung psychisch Kranker ist unter anderem von regionalen Gegebenheiten abhängig, wie z.B. von der Arztdichte oder dem Angebot komplementärer Dienste. Daher ist es notwendig, Untersuchungen über die Effektivität der Versorgung auf einen geographisch definierten Raum zu beschränken.
Das soziale Schicksal einer noch zu definierenden Gruppe psychisch Kranker, die in diesem Raum leben, soll in seiner Gesamtheit erfaßt werden, d.h.: Die Einflüsse der Erkrankung auf das Familienleben, auf die Kontakte zu Verwandten, Arbeitskollegen, Freunden und Nachbarn, auf die berufliche Situation und den zivilrechtlichen Stand; weiterhin die Reaktion des sozialen Umfeldes des Erkrankten.
Anhand der Einzelergebnisse sollen Möglichkeiten zur Beurteilung des Effizienz der gegebenen Versorgung aufgezeigt und diese mit einer optimalen Versorgung im Sinne der Psychiatrie-Enquete verglichen werden. Schwerpunkt wird hierbei die soziale, einschließlich berufliche Rehabilitation sein, während die rein medizinische Effektivität der Versorgung mit den Methoden dieser Arbeit nicht erfaßt werden können.

Da dem Autor vergleichbare Arbeiten nicht bekannt sind, wird diese als Pilotstudie konzipiert. Es muß eine eigene Methode entwickelt, durchgeführt und beurteilt werden. Die bei der Durchführung entstehenden Probleme sollen aufgezeigt und analysiert werden.

2.2. DIE DEFINITION DER GRUNDGESAMTHEIT

Zu dem in Abschnitt 2.1. genannten geographisch definierten Raum wird die Stadt Witten im Ennepe-Ruhr Kreis bestimmt. Das westfälische Landeskrankenhaus in Warstein (Kreis Arnsberg) hat für psychisch Kranke aus Witten die Aufnahmeverpflichtung. Es ist einfach, aus der Patientenkartei dieses Krankenhauses eine große Anzahl von Namen und Anschriften psychisch Kranker, wohnhaft in Witten, zu erfahren.
Es wird davon ausgegangen, daß die Anzahl der Kranken, die zwischen dem 1.1.1973 und dem 31.12.1975 aus dem LKH (Landeskrankenhaus) Warstein entlassen und danach nicht erneut aufgenommen wurden, mindestens 100 beträgt und für diese Arbeit ausreichend ist. Die nach dem 31.12. 1975 erneut ins LkH Warstein aufgenommenen Kranken werden nicht berücksichtigt, da sie zur Zeit der Durchführung der Arbeit wegen ihres stationären Aufenthaltes nicht erreichbar sein könnten, Im Rahmen der komunalen Gebietsreform wurde am 1.1.1975 die Stadt Herbede in die Stadt Witten eingemeindet. So werden für das Jahr 1975 die Kranken, wohnhaft in Herbede automatisch miterfaßt. Für die Jahre 1973 und 1974 muß dieses gesondert geschehen, um die Herbeder Kranken für den gesamten Dreijahreszeitraum berücksichtigt zu haben.
Der obigen Definition ist anzumerken:

a) Die Versorgung psychisch Kranker ist von regionalen Gegebenheiten abhängig.
b) Im LKH Warstein wird keine Kinder- und Jugendpsychiatrie betrieben.
c) Wittener psychisch Kranke werden auch in anderen Krankenhäusern als dem LKH Warstein stationär behandelt.
d) Nicht erfaßt werden ambulant Behandelte.
e) Die Versorgungsbedingungen für psychisch Kranke sind zeitabhängig.

Daher ist die oben definierte Gruppe psychisch Kranker für keine andere repräsentativ; es handelt sich bei ihr um eine Grundgesamtheit, nicht um eine Stichprobe.

2.3. DIE VERSORGUNG WITTENER PSYCHISCH KRANKER

Zum Durchführungszeitpunkt der Arbeit, August und September 1976, bestanden für erwachsene psychisch Kranke, wohnhaft in Witten, folgende Versorgungsmöglichkeiten:

A) Stationäre Behandlung in der näheren Umgebung Wittens
   a) psychiatrische Abteilung des Marienhospitals in Dortmund-Hombruch
   b) psychiatrische Abteilung des St. Johannes Hospitals in Hagen-Boele
   c) mehrere Krankenhäuser mit neurologischen Abteilungen, die auch psychisch Kranke aufnehmen.

B) Stationäre Behandlung in größerer Entfernung von Witten [6]
   a) Das LKH Warstein
   b) weitere westfälische Landeskrankenhäuser
   c) westfälische Landesheilstätten für Suchtkranke
   d) westfälische Langzeitkrankenhäuser für Psychiatrie

C) Komplementäre, ambulante und stationäre Möglichkeiten in Witten [7]

6) Der Punkt B muß unvollständig bleiben, da hier theoretisch alle stationären Dienste innerhalb und außerhalb Deutschlands in Betracht kämen.

7) Obwohl angeboten, werden Alten- und Pflegeheimplätze hier nicht aufgeführt, da es sich bei ihnen um allgemeine Unterbringungsmöglichkeiten handelt, nicht um spezielle für psychisch Kranke.
Dienste für geistig Behinderte bleiben hier ebenfalls ungenannt, da ihre Versorgung nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

a) zwei niedergelassene Nervenärzte
b) niedergelassene praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Internisten
c) die psychiatrische Fürsorge des Gesundheitsamtes
d) die psychiatrische Außenfürsorge des LKH Warstein
e) fünf Belegbetten eines niedergelassenen Wittener Nervenarztes im Ev. Krankenhaus Witten
f) die Geriatrische Station der Internen Abteilung im Ev. Krankenhaus Witten
g) die Abstinenzgruppen der "Anonymen Alkoholiker"
h) der "Club der Behinderten und ihrer Freunde" 8)
i) eine Beratungsstelle der Profamilia - Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung -

D) Komplementäre oder ambulante Dienste außerhalb Wittens, die von Wittener Kranken genutzt oder mit denen Wittener Ärzte zusammenarbeiten würden, sind dem Autor nicht bekannt geworden.

8) Dieser Club betreut hauptsächlich Körperbehinderte und wurde von der Wittener Sektion des "Lion-Club", einer internationalen Bewegung zur Bewältigung humanitärer Aufgaben, gegründet.

3. EMPFEHLUNGEN ZUR NEUORDNUNG DER VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER [9)]

Die Psychiatrie-Enquete empfiehlt den Aufbau eines umfassenden, bedarfsgerechten Versorgungssystems, das die Kontinuität der Behandlung, bestehend aus der klinischen Versorgung und der Vor- und Nachsorge, sicherstellt.
Alle an der Versorgung teilhabenden Dienste bedürfen der Kooperation und Koordination.
Alle Dienste müssen gemeindenah eingerechnet werden. Besonders halbstationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste sollten sich in unmittelbarer Nähe von Arbeitsstätten, Wohngebieten und Behörden befinden.

Im Einzelnen werden empfohlen:

A) Beratungsdienste
   a) im Vorfeld psychiatrischer Dienste, z.B.: Kirchliche Seelsorger, Berufsberatung, Sozialberatung
   b) Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben, z.B.: Familien-, Erziehungs-, Lebens-, Ehe-, Jugend-, Alten-, Sexual-, Lebensmüden-, Drogen- und Alkoholikerberatungsstellen privater, kirchlicher, freigemeinnütziger und öffentlicher Träger

B) Ambulante Dienste
   a) Der größte Teil psychisch Kranker wird ambulant von niedergelassenen Nervenärzten behandelt. Daher ist deren Weiterbildung zu intensivieren, deren Zusammenarbeit mit den anderen Diensten zu verbessern und die Mitarbeit von sozialtherapeutischen Personen in deren Praxen einzuführen.

9) vgl.: Enquete zur Lage der Psychiatrie in der BRD, S. 16 - 30 und S. 189 - 316
Unberücksichtigt bleiben hier Dienste der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Dienste zur Versorgung geistig Behinderter, da diese nicht Gegenstand dieser Arbeit sind.

b) Ambulante Dienste an psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen sollen die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung füllen. Sie haben insbesondere folgende Aufgaben zu erfüllen: Nachsorge und weitere Maßnahmen der Rehabilitation, ambulante Vorbeugung von Rückfällen, Krisenintervention - z.B. bei Suicidandrohung oder Erregungszuständen - und konsilarische Behandlung.

c) Ausbau bereits bestehender und Schaffung neuer ambulanter fachpsychotherapeutischer Dienste

C) Stationäre Dienste

a) Der zukünftige Grundtypus der psychiatrischen stationären Versorgung soll das psychiatrische Behandlungszentrum - realisiert als Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder als psychiatrisches Krankenhaus - werden. Ihm ist ein Pflichtaufnahmegebiet zuzuweisen. Es ist so zu strukturieren, daß ein Auseinanderfallen der Versorgung in einen Akut- und Chronisch-Kranken-Sektor vermieden wird. Der Aufbau eines Behandlungszentrums ist derart vorzunehmen, daß es sich in das Gesamtsystem der Versorgung eines Standardversorgungsgebietes sinnvoll einfügt.

b) Der stufenweise Aufbau einer differenzierten stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung ist anzustreben.

D) Halbstationäre Dienste

a) Zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialen Hintergrund sind Tageskliniken notwendig. Sie müssen über die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie vollstationäre Dienste verfügen.

b) Berufstätige psychisch Kranke sollten die Möglichkeit haben, für begrenzte Dauer in einer Nachtklinik wohnen und behandelt werden zu können.

E) Komplementäre Dienste

a) Als komplementäre Dienste mit voller Patientenversorgung sind Heime auszubauen, Übergangsheime zur vollen sozialen und beruflichen Wiedereingliederung, Wohnheime zur längerfristigen Ermöglichung optimaler Entfaltungsmöglichkeiten.

b) An sonstigen komplementären Diensten sind zu nennen: Beschützende Wohngruppen, Familienpflege, Tagesstätten und Patientenclubs.

F) Spezielle rehabilitative Dienste

Ihre Aufgabe besteht darin, chronisch Kranken und Gestörten die Möglichkeit einer gestuften Rehabilitation am Arbeitsmarkt zu bieten. Beschützende Arbeitsplätze sollen in größerem Umfang von der freien Wirtschaft bereit gestellt werden.

G) Dienste für besondere Altersgruppen

An Behandlungszentren sind gerontopsychiatrische Funktionseinheiten einzurichten. Da der Schwerpunkt der Versorgung im ambulanten Bereich liegen soll, werden Polikliniken empfohlen. Zur Vermeidung der Überfüllumg von Landeskrankenhäusern mit Alterskranken sollten Altenkrankenheimen und Altenpflegeheimen größte Bedeutung zukommen.

H) Dienste für spezielle Patientengruppen

Hier sind ambulante und stationäre Dienste zu nennen für:

a) Suchtkranke

b) Suicidgefährdete

c) psychisch kranke Straftäter

d) Nichtseßhafte

Um das gemeindenahe Zusammenwirken aller an der Versorgung psychisch Kranker beteiligter Personen zu gewährleisten, müssen die vielfältig gegliederten Dienste auf einen überschaubaren geographischen Bereich bezogen werden. Dieser sollte mit politischen oder natürlich gegebenen Einheiten - z.B. Gemeindegrenzen - übereinstimmen.

Die Größe eines solchen Standardversorgungsgebietes liegt zwischen 150 000 und 350 000 Einwohnern. Kapazität und Gliederung der Dienste eines Standardversorgungsgebietes sollen sicherstellen, daß alle Einwohner, die keiner Spezialbehandlung bedürfen, dort versorgt werden können.
Mehrere Standardversorgungsgebiete bilden ein übergeordnetes Versorgungsgebiet. Hier stehen solche Einrichtungen zur Verfügung, die aufgrund ihrer Kapazität und ihres Spezialisierungsgrades auf eine größere Bevölkerungsgruppe bezogen werden müssen, z.B.: größere psychiatrische Krankenhäuser, selbständige psychotherapeutische Krankenhäuser, Suchtkliniken und Berufsförderungswerke.

4. PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

4.1.1. METHODE ZUR ERFASSUNG DER GRUNDGESAMTHEIT

Die Namen der Kranken der Grundgesamtheit können aus der Patientenkartei des LKH Warstein herausgesucht werden. Weiter gibt sie Auskunft über Wittener Adresse, Geburtsdatum, Familienstand, Enddiagnosen, Art der Aufnahme(freiwillig oder gesetzlich), Gesamtdauer der stationären Behandlung(en), Anschriften der eventuellen Vormünder oder Pfleger und neue Adressen der Kranken, die nicht nach Witten zurück entlassen werden.

4.1.2. DIE GRUNDGESAMTHEIT

Zwischen dem 1.1.1973 und dem 31.12.1975 wurden 131 Kranke aus Witten entlassen und nicht erneut ins LKH Warstein aufgenommen.

Bei diesen Kranken lag die Gesamtdauer der stationären Behandlung im LKH Warstein bis zum 31.12.1975 zwischen 2 und 6049 Tagen, im Durchschnitt 297,2 Tage.

Anzahl der Kranken	75	22	18	16
Dauer der Behandlung(en) im LKH Warstein in Tagen	2-100	101-200	201-300	301-6049

Tabelle 1: Dauer der Behandlung(en) der Kranken der Grundgesamtheit

Die Anzahl der Aufnahmen in das LKH Warstein lag zwischen 1 und 6, im Durchschnitt 1,96.

Anzahl der Kranken	82	28	9	6	3	3
Anzahl der Aufnahmen	1	2	3	4	5	6

Tabelle 2: Die Anzahl der Aufnahmen der Kranken der Grundgesamtheit in das LKH Warstein

Die Kranken waren zwischen 19 und 90 Jahre alt, im Durchschnitt 50,8 Jahre.

Diagnosegruppe	Männer total	Frauen total	Männer u. Frauen total	% v. 131
I Schizophrenie ICD 295	10	9	19	14,5
II Psychosen ICD 290, 293 294, 296 297, 298 Psych. Störungen ICD 309 Persönlichkeitsstörungen ICD 301	14	38	52	39,7
III Schwachsinn ICD 312, 313	3	-	3	2,3
IV Alkoholpsychosen ICD 291 Alkoholismus ICD 303	28	12	40	30,5
V Psych. Auffälligkeiten bei situativen Belastungen ICD 307	4	-	4	3,1
VI Medikamentenabhängigkeit ICD 304	4	4	8	6,1
VII Neurosen ICD 300	3	1	4	3,1
VIII Psychose bei Encephalitis ICD 292.2	1	-	1	0,8
Summe	67	64	131	100

Tabelle 3: Die Kranken der Grundgesamtheit und deren Krankheiten

ICD = Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsprganisation [10)]

Die ungewöhnliche Einteilung der Diagnosen in 8 Gruppen ist durch die häufige Angabe von mehreren Diagnosen bei einem Kranken bedingt.

10) vgl.: DEGKWITZ et al., 1975

4.2.1. DIE KONZIPIERTE METHODE

Die Kranken sollen vom Autor zu Hause aufgesucht und dort interviewt werden.
Als eigentliches Instrument der Untersuchung ist ein Intensivinterview vorgesehen, d.h.: Eine mündliche Befragung mit nicht standardisierten Fragen und einem geringen Maß an Strukturierung. Der Interviewer kann sich dem Interviewten, seiner Sprache und seinen Bedürfnissen anpassen. [11] Um möglichst viel Informationen zu erfassen, wird mit offenen Fragen gearbeitet.

Eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr Kreises, Nebenstelle Witten, ist geplant. Die Genehmigung des Kreises zur Einsicht der Akten der psychiatrischen Fürsorge liegt vor. Daraus zu beziehende Informationen sollen mitverwendet werden.

Eine Bescheinigung des Lehrstuhles für Sozialmedizin der Ruhr-Universität Bochum, mit der sich der Autor den aufgesuchten Kranken gegenüber legitimieren kann, wurde vervielfältigt, um sie Vorsichtigen oder Mißtrauischen für eventuelle Nachfragen aushändigen zu können.

Auch vom Gesundheitsamt liegt eine Bescheinigung vor. Da die meisten der Kranken von diesem betreut wurden oder werden, wird davon ausgegangen, daß ein solches Schreiben die Aufgesuchten zur Mitarbeit bewegen wird.

Da mit der Schwierigkeit gerechnet wird, nicht alle Kranken zur Mitarbeit motivieren zu können, wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, den Hausbesuch schriftlich anzukündigen und einige Erläuterungen zu geben. Davon wird aber Abstand genommen, da

11) vgl.: FRIEDRICHS, 1973

befürchtet wird, daß bei den Angeschriebenen Ängste erzeugt werden könnten und so noch schlechtere Voraussetzungen für ein Interview bestünden.

Anwesende Dritte, z.B. der Ehepartner sind während des Interviews erwünscht, da sie Informationen berichtigen oder ergänzen und den Interviewten durch ihre Anwesenheit ein Gefühl der Sicherheit geben können. Natürlich kann sich die Anwesenheit Dritter auch störend auswirken. So ist es z.B. vorstellbar, daß ein Kranker über seine Eheprobleme in Gegenwart seines Ehepartners anders berichten wird, als in dessen Abwesenheit.
Die positiven Auswirkungen werden aber für gewichtiger gehalten.

Bei Entmündigten und Kranken mit einer Pflegschaft sollen die Vormünder bzw. die Pfleger interviewt werden, da die Angaben von Kranken, deren Gesundheitszustand eine Vormund- oder Pflegschaft notwendig macht, nicht für zuverlässig genug gehalten werden.

Die Antworten der übrigen Kranken werden als zuverlässig genug angesehen, auch wenn sie nicht durch Dritte bestätigt werden. Dieses ist natürlich nicht unproblematisch, denn die Angaben werden immer durch individuelle Erfahrungen des Kranken, seine Ängste und Wünsche geprägt sein.
Aber auch für die Angaben von anwesenden Dritten, Vormündern oder Pflegern trifft dieses zu; auch sie stehen dem Schicksal der Kranken nicht objektiv gegenüber, da sie daran teilhaben.

Die Bedingungen einer standadisierten Erhebung können also nicht eingehalten werden.

4.2.2. DER INTERVIEWERLEITFADEN

Damit die Interviews nicht planlos und zufällig ablaufen, ist ein Interviewerleitfaden notwendig.
Da dem Autor kein Leitfaden bekannt ist, der für diese Arbeit benutzt werden könnte, muß ein eigener entwickelt werden.

Um das soziale Schicksal eines psychisch Kranken beschreiben zu können, ist es notwendig, die sozialen Gegebenheiten vor dessen Erkrankung zu kennen. Diese müssen dann mit denen zum Zeitpunkt der Untersuchung verglichen werden.
Dementsprechend ist der Leitfaden zeitlich aufgeteilt: Zuerst die Fragen zur Situation vor der Erkrankung, dann einige zur Krankheit selbst und zuletzt zur Situation zum Zeitpunkt der Interviews.

Die einzelnen Fragen des Interviewerleitfadens sind dem Abschnitt 9. zu entnehmen.

Nach jedem Interview sollen Aufzeichnungen über die Länge, Ort der Durchführung, anwesende Dritte und Verhalten des oder der Antwortenden gemacht werden, um rückblickend eine Aussage über die Erhebungssituation machen zu können.

Die Interviews sollen mit dem Einverständnis der Kranken mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet werden. Dies soll verhindern, daß eine Selektion der Informationen und eine negative Beeinflussung der Erhebungssituation, bedingt durch ein während des Interviews gemachten schriftlichen Protokolls, stattfindet.

Die Validität und Reliabilität des Leitfadens werden nicht geprüft.

4.3.1. METHODE ZUR KLÄRUNG DES WEITEREN VERBLEIBS DER KRANKEN

Da damit gerechnet wird, daß die Angaben des LKH Warsteins über den Verbleib der Kranken nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechen, ist es notwendig, diese vor Beginn der Hausbesuche zu überprüfen. Hierzu werden folgende Möglichkeiten genutzt:

a) Auskünfte der Einwohnermeldestelle der Stadt Witten
b) Informationen aus den Akten der psychiatrischen Fürsorge des Gesundheitsamtes
c) Auskünfte der Vormundschaftsstelle des Amtsgerichtes Witten
d) Auskünfte von Angehörigen
e) Auskünfte von Vormündern oder Pflegern

4.3.2. DER WEITERE VERBLEIB DER KRANKEN

Die in Tabelle 4 aufgeführten Ergebnisse der oben genannten Überprüfung sind nur für die zur Zeit der Untersuchung in Witten Wohnenden vollständig, denn die Wittener Ämter verfügten nur über diese die aktuellen Informationen. So waren bis September 1976 sicherlich mehr als drei von den dreizehn in ein Alten- oder Pflegeheim außerhalb Wittens Entlassenen verstorben. Insgesamt konnte der weitere Verbleib von 25 Kranken nicht zuverlässig geklärt werden.

4.3.3. AUSWIRKUNGEN DES WEITEREN VERBLEIBS DER KRANKEN AUF DIE KONZIPIERTE ARBEIT

Nur in Witten Wohnende können interviewt werden, da der Autor nicht die Möglichkeit hat, die außerhalb Wittens Wohnenden aufzusuchen. Die neuen Anschriften reichen vom Harz bis nach Nürnberg. Außerdem ist nicht bekannt, ob die neuen Adressen noch zutreffend sind und ob die Kranken noch leben.

aus dem LKH Warstein Entlassene	gestorben	verzogen in ein Alten- oder Pflegeheim in Witten	verzogen in ein Alten- oder Pflegeheim außerhalb Wittens	aus Witten verzogen	Aufenthaltsort unbekannt	nach Witten zurückgekehrt	interviewbar
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
nach Hause 98	11	2	4	8	3	/	72
Alten- oder Pflegeheim in Witten 10	5	/	2	-	-	/	3
Alten- oder Pflegeheim außerhalb Wittens 13	3	-	/	/	-	-	-
Allgemeinkrankenhaus 5	4	-	1	-	-	-	-
Suchtkrankenhaus 3	-	-	-	-	1	2	2
neue Anschrift außerhalb Wittens 2	-	-	-	/	-	-	-
Summe 131	23	/	/	/	/	/	77

Tabelle 4: In Spalte I finden sich die Angaben des LKH Warstein. Die Spalten II-VII zeigen den weiteren Verbleib der in Spalte I Genannten (Stand: September 1976). Spalte VIII informiert über die Kranken der Spalte I, die zur Zeit der Durchführung der Arbeit in Witten wohnten, privat oder in einem Heim, und damit interviewbar waren. Umzüge innerhalb Wittens blieben unberücksichtigt, mit Ausnahme der in Spalte III genannten.

Es überrascht, daß von 131 Kranken nur 77 interviewbar sind. Bei der Konzipierung wurde nicht damit gerechnet, daß ein so großer Teil der Grundgesamtheit bedingt durch Tod oder Umzug mit der geplanten Methode nicht zu untersuchen sein würde.

4.4.1. DURCHFÜHRUNG DER VORUNTERSUCHUNG

Mit der in den Kapiteln 4.2.1. und 4.2.2. beschriebenen Methode wurde in der ersten Augusthälfte 1976 eine Voruntersuchung durchgeführt. Hierzu wurden aus den in Kapitel 4.3.2. genannten 77 interviewbaren Kranken 10 nach Zufallsauswahl ermittelt.

4.4.2. ERGEBNISSE DER VORUNTERSUCHUNG

Die 10 Hausbesuche ergaben folgende Ergebnisse:

a) In 2 Fällen kam ein Interview zustande.
b) Ein Kranker war zur Entziehungskur und somit nicht erreichbar.
c) Bei 7 angetroffenen Kranken kam kein Interview zustande.

Als Gründe für das Nichtzustandekommen der Interviews sind zu nennen:

a) Ein von Anfang an bestehendes Mißtrauen von 3 Kranken war nicht zu überwinden. Es war nicht einmal möglich, den Grund des Hausbesuches ausführlich zu erläutern, da der Autor nicht in die Wohnung eingelassen wurde.
b) Obwohl der Autor kein Mißtrauen vorfand und auf Verständnis stieß, fand er keine Bereitschaft zu einem Interview. Die zwei Ausgesuchten sperrten sich über ihre Erkrankung zu sprechen, da sie emotional dazu nicht in der Lage waren.
c) Dem Autor war es nicht möglich, mit einem Kranken zu sprechen, da ängstliche Familienangehörige diesen abschirmten.
d) Der Gesundheitszustand eines Kranken ließ ein Interview nicht zu.

Aufgrund des oben Beschriebenen mußte die Methode der Kontaktaufnahme als unbrauchbar erkannt werden.

Bei den zwei durchgeführten Interviews erwies sich der Interviewerleitfaden als praktikabel.

4.5.1. ERWEITERTES KONZEPT ZUR ERFASSUNG DES SOZIALEN SCHICKSALS

Wie in Abschnitt 4.3.3. beschrieben,,können mit der konzipierten Methode von den 131 Kranken der Grundgesamtheit 54 Kranke nicht untersucht werden. Daher wird das Konzept dahingehend geändert, als diese Arbeit eine Multi-Methoden-Studie wird. Mit mehreren Methoden soll auch ein Teil des Schicksals der nicht Interviewbaren untersucht werden.
Für die Untersuchung sind folgende Methoden vorgesehen:

a) die konzipierten Interviews
b) Auswertung der Akten der psychiatrischen Fürsorge des Gesundheitsamtes
c) Auskünfte der Einwohnermeldestelle der Stadt Witten
d) Auskünfte des Ordnungsamtes der Stadt Witten
e) Auskünfte der Vormundschaftsstelle des Amtsgerichtes Witten
f) Auskünfte von Angehörigen
g) Auskünfte von Vormündern oder Pflegern
h) Auswertung der Totenscheine der in Witten verstorbenen Kranken
i) die Angaben des LKH Warstein

Die unter b - i genannten Methoden sollen zu folgenden Themen ausgewertet werden:

a) Vormund- und Pflegschaften
b) Strafrechtliches
c) soziale Nachbetreuung
d) Suicide

e) Sterbealter
f) Kranke wohnhaft in Schlicht- und Übergangswohnungen des Ordnungsamtes
g) Kranke in Alten- und Pflegeheime

Schwerpunkt der Untersuchung bleiben die konzipierten Interviews.

4.5.2. ERWEITERTE METHODEN DER KONTAKTAUFNAHME

Wie in Kapitel 4.4.2. ausgeführt, muß zur Durchführung der Interviews der Untersuchung eine verbesserte Methode der Kontaktaufnahme gefunden werden. Nach Rücksprache mit den Ärzten und Fürsorgerinnen des Gesundheitsamtes bieten sich folgende Möglichkeiten an:

a) Nach § 34 PsychKG [12] hat das Gesundheitsamt die Aufgabe, Personen, die aus der Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung entlassen werden, zu beraten und zu betreuen. [13] Das Gesundheitsamt kann die zu interviewenden Kranken zu einem beratenden Gespräch einladen, an dessen Ende die Gekommenen um ein Interview gebeten werden können.
b) Monatlich wird im Gesundheitsamt eine psychiatrische Sprechstunde vom Außenfürsorgearzt des LKH Warstein durchgeführt. Einige Kranke der Grundgesamtheit sind hierzu eingeladen, so daß sie vom Außenfürsorgearzt um Mitarbeit gebeten werden können.

12) PsychKG = Psychischkrankenhilfegesetz, ein Nordrhein-Westfälisches Landesgesetz
13) Vgl.: BLUM, 1977

c) Den Fürsorgerinnen des Gesundheitsamtes als umgänglich bekannte Kranke können ohne Vorbereitung vom Autor zu Hause aufgesucht werden.
d) Die in einem Altenheim Lebenden können dort interviewt werden, nachdem die zur Mitarbeit gewonnene Heimleitung die Kranken vorbereitet hat.
e) Vormünder oder Pfleger können interviewt werden, nachdem die Fürsorgerinnen den Kontakt zum Autor vermittelt haben oder der Autor sich telefonisch angemeldet hat.

Jedes Interview muß intensiev vorbereitet werden, d.h.: Der Autor liest zuerst die Akte des Gesundheitsamtes über den entsprechenden Kranken und bespricht dann mit der zuständigen Fürsorgerin, mit welcher der Methoden der Kranke am sichersten zur Mitarbeit zu bewegen sein wird.

4.6.1. DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS DER UNTERSUCHUNG

Mit der in den Kapiteln 4.2.1., 4.2.2. und 4.5.2. beschriebenen Methode wurden in der zweiten Augusthälfte und im September 1976 die Interviews der Untersuchung durchgeführt. Untersucht wurden die in Kapitel 4.3.2. genannten 77 Kranken abzüglich der bereits in der Voruntersuchung ermittelten 10, vgl. Kapitel 4.4.1.

4.6.2. ERGEBNISSE DER INTERVIEWS DER UNTERSUCHUNG

a) 39 Kranke wurden zu einem beratenden Gespräch in das Gesundheitsamt geladen. Davon
ließen sich 22 interviewen,
erkundigten sich 7 nach dem Grund der Einladung und sagten dann aus mehr oder weniger plausiblen Gründen ab,
zeigten 10 keinerlei Reaktion.

b) 6 Kranke wurden zur psychiatrischen Sprechstunde des Außenfürsorgearztes eingeladen. 3 von ihnen kamen und konnten interviewt werden.
c) 3 Kranke wurden vom Autor zu Hause aufgesucht. Sie waren den Fürsorgerinnen als umgänglich bekannt und hatten keine Einwände gegen die Interviews.
d) 3 in einem Altenheim lebende Kranke wurden dort interviewt. Sie waren von der Heimleitung auf die Interviews vorbereitet worden.
e) In 5 Fällen gelang es, den Vormund oder Pfleger eines Kranken zu interviewen. Die Kontakte waren entweder durch eine Fürsorgerin vermittelt worden, oder der Autor hatte sich telefonisch angemeldet.
f) Bei 7 Kranken war nach Aktenlage oder laut Auskunft der Fürsorgerinnen mit einem so schlechten Gesundheitszustand zu rechnen, daß von einer Kontaktaufnahme abgesehen wurde.
g) Bei 4 Kranken konnte dem Autor nicht vom Gesundheitsamt geholfen werden, da diese dem Amt nicht als psychisch krank bekannt waren. Sie mußten daher unvorbereitet zu Hause aufgesucht werden, wobei nur ein Interview zustande kam.

4.7. DIE INTERVIEWTEN DER VORUNTERSUCHUNG UND DER UNTERSUCHUNG [14)]

Bei den Interviewten lag die Gesamtdauer der stationären Behandlung im LKH Warstein bis zum 31.12.1975 zwischen 3 und 2510 Tagen, im Durchschnitt 228 Tage.
Die Anzahl der Aufnahmen in das LKH Warstein lag zwischen 1 und 6, im Durchschnitt 1,74.
Die Interviewten waren zwischen 24 und 77 Jahre alt, im Durchschnitt 49,9 Jahre.

14) Die 5 Kranken, deren Vormünder oder Pfleger interviewt wurden, sind hier mit berücksichtigt.

Diagnosegruppe	Männer total	Frauen total	Männer u. Frauen total	Männer u. Frauen % v. 39
I				
Schizophrenie ICD 295	3	3	6	15,4
II				
Psychosen ICD 290, 293 294, 296 297, 298				
Psych. Störungen ICD 309	3	10	13	33,3
Persönlichkeitsstörungen ICD 301				
IV				
Alkoholpsychosen ICD 291	12	6	18	46,2
Alkoholismus ICD 303				
VI				
Medikamentenabhängigkeit ICD 304	1	1	2	5,1
Summe	19	20	39	100

Tabelle 5: Die Interviewten und deren Krankheiten
Die Tabelle ist genau wie die Tabelle 3 aufgebaut. Die Diagnosegruppen III, V, VII und VIII entfallen, da ihnen kein Interviewter angehörte.

4.8.1. LÄNGE DER INTERVIEWS [15]

Die Interviews waren zwischen 5 und 160 Minuten lang, im Durchschnitt 51 Minuten.

4.8.2. ORT DER DURCHFÜHRUNG UND ANWESENDE DRITTE [16]

a) 24 Interviews fanden im Gesundheitsamt statt, drei

15) einschließlich der Interviews der Voruntersuchung
16) a.a. O.

davon in Abwesenheit des ebenfalls gekommenen Ehepartners.

b) Sieben Kranke wurden in ihrer Wohnung interviewt; bei zweien war der Ehepartner zugegen.

c) Drei Kranke wurden in ihrem Zimmer in einem Altenheim interviewt; bei einer nahm die Mutter mit teil.

d) Von den fünf Interviews mit den Vormündern oder Pflegern, bei denen die Kranken nicht anwesend waren, fanden vier in den Wohnungen der Interviewten und eine in einem Aufenthaltsraum eines Altenheimes statt.

4.8.3. AUFZEICHNUNGEN DER INTERVIEWS [17]

Da die meisten Interviewten gegen Tonbandaufzeichnungen waren, mußten 36 Interviews schriftlich festgehalten werden und nur drei donnten mit einem Tonbandgerät aufgenommen werden.

4.8.4. AUSWERTUNGSMÖGLICHKEITEN DER INTERVIEWS [18]

Nicht alle Interviews konnten zu allen Fragestellungen verwertet werden.

a) Die Vormünder oder Pfleger konnten nicht zu allen Fragen Auskunft geben.

b) Zwei Interviews fanden unter Zeitdruck statt.

c) Während eines Interviews wurde das Tonbandgerät defekt, so daß die zweite Hälfte nicht aufgezeichnet wurde.

d) Fünf Kranke konnten auf Grund ihres Gesundheitszustandes nur unvollständige Angaben machen.

17) a.a.O.
18) a.a.O.

4.9. DURCHFÜHRUNG DER ANDEREN METHODEN DER UNTERSUCHUNG

Ebenfalls im August und September 1976 wurden die in Kapitel 4.5.1. aufgeführten anderen Methoden der Untersuchung durchgeführt und zu folgenden Themen ausgewertet:

a) Vormund- und Pflegschaften
b) Strafrechtliches
c) soziale Nachbetreuung
d) Suicide
e) Sterbealter
f) Kranke wohnhaft in Schlicht- und Übergangswohnungen des Ordnungsamtes der Stadt Witten
g) Kranke in Alten- und Pflegeheimen

Natürlich konnten diese Ergebnisse nur lückenhaft sein, da es schwierig war, Informationen über nicht mehr in Witten Wohnende oder außerhalb Wittens Verstorbener zu erhalten. So konnte über einen großen Teil der Grundgesamtheit zu vielen Fragestellungen keine Aussage gemacht werden, vgl. auch Abschnitt 4.3.2.

5.1. EINZELERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

5.1.1. SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG

	Männer	Frauen
Angaben nicht verwertbar	1	2
Hauptschulabschluß	12	15
Mittlere Reife	4	3
Abitur	-	-
Sonderschule	2	-
Summe	19	20

Tabelle 6: Schulausbildung der 39 Interviewten

	Männer	Frauen
Angaben nicht verwertbar	1	2
keine abgeschlossene Berufsausbildung	6	10
abgeschlossene Berufsausbildung	12	7
Studium	-	-
Berufsausbildung wegen psychischer Krankheit abgebrochen	-	1
Summe	19	20

Tabelle 7: Berufsausbildung der 39 Interviewten

Da, abgesehen von einer Ausnahme, bei allen Interviewten die psychische Erkrankung nach der Schul- und Berufsausbildung auftrat, ist zu den Tabellen 6 und 7 nicht viel anzumerken.
Doch das Beispiel einer Kranken zeigt, daß eine psychische Erkrankung für eine fehlende Berufsausbildung verantwortlich sein kann.

5.1.2. ERWERBSLEBEN, RENTEN UND FINANZIELLE SITUATION [19]

	Männer	Frauen
bereits vor der Erwerbstätigkeit psychisch krank und vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	-	1
bei Erkrankung selbständig und wegen der psychischen Krankheit vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden	-	2
bei Erkrankung erwerbstätig und wegen der psychischen Krankheit vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden (außer Selbständige)	7	2
nie erwerbstätig	-	1
bei Erkrankung bereits aus anderen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und berentet	3	-
bei Erkrankung aus anderen Gründen nicht mehr erwerbstätig	-	9
wegen psychischer Erkrankung zur Zeit der Untersuchung arbeitslos	3	-
zur Zeit der Untersuchung erwerbstätig	5	2
Summe	18	17

Tabelle 8: Einfluß der psychischen Krankheit auf das Erwerbsleben

22 Interviewte waren bei oder nach ihrer Erkrankung erwerbstätig. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 12 von ihnen - das sind 54,5 % - wegen ihrer psychischen Krankheit vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Diagramm 1 zeigt die dazugehörige Alters-

19) Zu diesen Themen konnten 35 Interviews ausgewertet werden.

verteilung. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Ausscheidens betrug 41,7 Jahre.

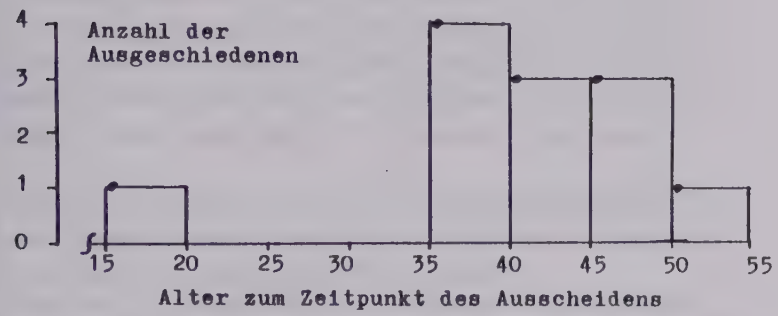

Diagramm 1: Das Alter der Interviewten zum Zeitpunkt ihres vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben

	Männer	Frauen
wegen psychischer Krankheit berentet	5	2
wegen psychischer Krankheit gestellter Rentenantrag noch nicht entschieden	1	-
wegen eines gleichzeitig bestehenden nicht psychischen Leidens berentet	1	-
wegen zu kurzer Versicherungszeit keinen Rentenanspruch	-	1
als Selbständige nicht gegen Erwerbsunfähigkeit versichert gewesen	-	2

Tabelle 9: Rentensituation der wegen psychischer Krankheit vorzeitig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen

Die Rentensituation der 12 vorzeitig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen zeigt Tabelle 9. Wichtig erscheint hier, daß 3 von 12 Erwerbsunfähigen keinen Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente hatten.
Zwei von ihnen lebten vom Einkommen ihrer Ehemänner, eine Ledige lebte von Sozialhilfe.

Bei niemandem der vorzeitig Ausgeschiedenen fand eine berufliche Rehabilitation statt. Entweder war die Krankheit nur so schwer, daß der Erkrankte im Beruf bleiben konnte oder er schied ganz aus dem Erwerbsleben aus. Von den 12 Ausgeschiedenen wollten 3 sehr gerne wieder eine Tätigkeit ausüben, doch auch bei ihnen waren keine Rehabilitationsmaßnahmen geplant.

Neben dem großen Risiko der Erwerbsunfähigkeit ist eine psychische Erkrankung auch mit dem großen Risiko der Arbeitslosigkeit verbunden.
4 von den 12 vorzeitig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen wurden berentet, da sie nach längerer Arbeitslosigkeit keine neue Arbeitsstelle fanden.
3 Interviewte waren zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos.
3 zum Zeitpunkt der Untersuchung Berufstätige waren vorher öfters arbeitslos.
Von 22 bei oder nach ihrer Erkrankung Erwerbstätigen waren 10 - das sind 45,4 % - mindestens vorübergehend wegen ihrer psychischen Erkrankung arbeitslos.

Von den 22 bei oder nach ihrer Erkrankung Erwerbstätigen war für 12 ihre Krankheit mit dauernden finanziellen Verlusten verbunden - das sind 54,5 % -, für weitere 6 mit vorübergehenden - das sind 27,3 %. Für 3 von den 12 Erstgenannten war die Verminderung der Einkünfte so groß, daß sie eine Unterstützung nach dem Bundessozialhilfegesetz in Anspruch nehmen mußten.

2 Frauen und 5 Männer standen noch im Erwerbsleben. Auffällig ist bei ihnen, daß sie alle suchtkrank waren oder an den Folgen eines Alkoholmißbrauches litten. 3 von ihnen war wegen ihrer Krankheit öfters gekündigt worden.

Die anderen 4 hatten noch dieselbe Arbeitsstelle wie vor ihrer Erkrankung. Sie waren ihren Arbeitgebern bzw. Vorgesetzten als suchtkrank bekannt und stießen bei ihnen auf Verständnis.
Dieses legt die Vermutung nahe, daß Suchtkranke im Verhältnis zu den anderen psychisch Kranken eher akzeptiert und toleriert werden.

5 Interviewte, die an Alkoholismus oder dessen Folgen litten, schieden nach ihrer Erkrankung vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus; 8 andere standen noch darin, 3 von ihnen als Arbeitslose.
FEUERLEIN berichtet, daß im Laufe ihres Lebens 42 % der Alkoholiker beruflich absteigen oder völlig scheitern. [20] Auch wenn die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar sind, so zeigen sie doch eine gewisse Übereinstimmung.

Von den 6 interviewten Schizophrenen standen bei Erkrankung 3 im Erwerbsleben; sie schieden vorzeitig daraus aus. Die anderen 3 wurden nach ihrer Erkrankung nicht erwerbstätig.
Dieses steht im Gegensatz zu anderen Arbeiten. BLEULER schreibt [21]: "Nach vielen Jahren seit dem Beginn der Schizophrenie sind demnach zwischen einem Viertel und einem guten Drittel der Schizophrenen erwerbstätig, außerhalb psychiatrischer Spitäler und unbetreut." VOGEL und VLIEGEN schreiben, daß nach mehreren Schüben 46 % der männlichen und 51 % der weiblichen Schizophrenen in ihrer beruflichen Situation besser oder gleichgestellt sind als vor der Erkrankung. [22]

20) vgl.: FEUERLEIN, 1975, S. 106
21) BLEULER, 1972, S. 312
22) vgl.: VOGEL u. VLIEGEN, 1975

5.1.3. BEZIEHUNGEN ZU DEN ARBEITSKOLLEGEN [23]

	Interviewte
Interview nicht auswertbar	1
Selbständige ohne Mitarbeiter	2
akute Erkrankung und sofortiges Ausscheiden aus dem Erwersleben, daher hier nicht zu berücksichtigen	5
Gegenüber den Kollegen Verschweigen der Krankheit	2
keine negative Beeinflussung der Beziehungen	7
zwischenzeitliche negative Beeinflussung der Beziehungen: Streit, Isolation, Beschränkung der Kontakte auf das beruflich Notwendige	2
dauernde negative Beeinflussung der Beziehungen: Streit, Isolation, Beschränkung der Kontakte auf das beruflich Notwendige	3
Summe	22

Tabelle 10: Einfluß der Krankheit auf die Beziehungen zu den Arbeitskollegen

Von den in Tabelle 10 genannten 22 Interviewten konnten 14 auswertbare Angeben zu ihren Beziehungen zu den Arbeitskollegen machen.
50 % von ihnen berichteten von keinen negativen Einflüssen (alles Suchtkranke), 14,3 % von zwischenzeitlichen und 21,4 % von dauernden.

23) Die Angaben beziehen sich auf die in Abschnitt 5.1.2. genannten 22 Interviewten, die bei oder nach ihrer Erkrankung im Erwerbsleben standen.

Als Hilfen von den Kollegen wurden genannt: Ratschläge, Gutzureden und Ermahnungen. Auch wenn der Wille zu helfen vorhanden war, so wußten doch viele nicht, wie sie dem Kranken begegnen sollten. So blieb oft nur Mitleid, das die Kranken aber eher als negativ empfanden.

Fast alle Interviewten waren bemüht, ihre Krankheit bzw. ihren Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus vor ihren Kollegen zu verheimlichen, da sie Unverständnis und Ablehnung befürchteten. Außer 2 Alkoholikern gelang ihnen dieses nicht, da auch die Kollegen die Krankheitssymptome wahrnahmen. Die Ergebnisse zeigen, daß ihre Befürchtungen nicht zu Unrecht bestenden.

Der soziale Kontakt am Arbeitsplatz hat für das berufliche Schicksal des Kranken eine große Bedeutung, da er dessen Arbeitsfähigkeit entscheidend beeinflußt. Stößt der Kranke auf Verständnis und bleibt er integriert, so ist er bemüht, seine Arbeitsstelle zu behalten oder nach seiner Genesung zu ihr zurückzukehren; so die meisten Suchtkranken.
Ist der Kranke isoliert und stößt auf das Unverständnis seiner Kollegen, so ist es ihm emotional unmöglich, in diesem Klima weiter zu arbeiten. Die 3 Interviewten der Tabelle 10, die von dauernden negativen Beeinflussungen ihrer Beziehungen berichten, schieden vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus.

Eine Besonderheit stellt die Einstellung der Kollegen von Alkoholikern zu deren Krankheit dar, die in einer Umgebung arbeiten, in der gewohnheitsmäßig viele der Beschäftigten reichlich Alkohol trinken. Diese Alkoholiker gelten nicht als krank. Ihre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus gilt als Versehen. Erst

wenn sie sich im Rausch häufiger unsozial verhalten oder den Kollegen durch die verminderte Arbeitsleistung des Kranken Nachteile entstehen (so im Gruppenakkort) treffen sie Sanktionen.

5.1.4. FREUNDSCHAFTLICHE BEZIEHUNGEN [24]

	Interviewte
sowohl vor als auch nach der Erkrankung keine freundschaftlichen Beziehungen	11
nach der Erkrankung Verlust aller freundschaftlichen Beziehungen	8
zwischenzeitliche negative Auswirkungen auf bestehende freundschaftliche Beziehungen	3
keine negativen Auswirkungen auf bestehende freundschaftliche Beziehungen	9
Summe	31

Tabelle 11: Einfluß der Krankheit auf freundschaftliche Beziehungen

Bei 19 von 31 Interviewten - das sind 61,3 % - bestanden zum Zeitpunkt der Untersuchung keine freundschaftlichen Beziehungen. Eine Ausnahme hiervon bildeten sozial unauffällige Suchtkranke und ein Teil der Kranken, bei denen schon vor ihrer Erkrankung feste Freundschaften bestanden.
Bei 20 Interviewten bestanden bei Beginn der Krankheit Freundschaften. Bei 8 von ihnen - das sind 40 % - brachen diese ab; neue kamen nicht zustande.

24) Zu diesem Thema konnten 31 Interviews ausgewertet werden.

Von den 31 Interviewten konnten 7 - das sind 22,6 % - mit Freunden über ihre Krankheit und den damit verbundenen Problemen sprechen.

5.1.5. FAMILIENSTAND UND WOHNSITUATION [25]

	Männer	Frauen
ledig	4	6
verwitwet	-	3
wegen psychischer Krankheit geschieden	3	-
verheiratet	10	9
Summe	17	18

Tabelle 12: Familienstand der 35 Interviewten zum Zeitpunkt der Untersuchung

Von den 35 Interviewten waren 10 - das sind 28,6 % - ledig. Die Ledigen waren zwischen 24 und 78 Jahre alt, im Durchschnitt 44,4 Jahre.
Von den 22 während ihrer Krankheit Verheirateten wurden 3 - das sind 13,6,% - wegen ihrer Krankheit geschieden.

	Männer	Frauen
allein in eigener Wohnung	3	4
bei den Großeltern	-	1
bei den Eltern	4	1
in einem Altenheim	-	3
Summe	7	9

Tabelle 13: Wohnsituation der 16 Ledigen, Verwitweten und Geschiedenen

25) Zu diesem Thema konnten 35 Interviews ausgewertet werden.

Von den 16 Alleinstehenden lebten 7 - das sind 43,7 % - allein in einer eigenen Wohnung. Alle hatten nahestehende Verwandte, doch keiner wünschte zu einem Verwandten zu ziehen. 6 von 7 allein Wohnenden benötigten dauernde Hilfe im Haushalt; 3 bekamen diese von Verwandten, einer von Nachbarn, eine von ihrem Pfleger und einem wurde nicht geholfen.
Bemerkenswert ist auch der große Anteil der Alleinstehenden - 37,5 % - die bei den Eltern und Großeltern lebten. Sie waren zwischen 24 und 42 Jahre alt, im Durchschnitt 33,0 Jahre.

Die 19 Verheirateten lebten mit ihren Ehepartnern in der eigenen Wohnung.

	Männer	Frauen
keinen	1	3
positiven	2	-
vorübergehend negativen	6	6
dauernd negativen	1	-
Summe	10	9

Tabelle 14: Einfluß der Krankheit auf die ehelichen Beziehungen der 19 zum Zeitpunkt der Untersuchung Verheirateten

12 von den 19 Verheirateten - das sind 63,2 % - berichteten von zwischenzeitlichen ehelichen Schwierigkeiten. Explizit wurde berichtet von einer drohenden Scheidung in vier, von tätlichen Auseinandersetzungen in zwei und von vorübergehendem Wohnen außerhalb der ehelichen Wohnung in zwei Fällen.
Zwei Interviewte beurteilten den Einfluß ihrer Krankheit positiv. Die ehelichen Bindungen sein stärker und intensiver geworden.
Gering erscheint der Anteil der dauernden negativen Beeinflussung mit 5,3 %.

5.1.6. BEZIEHUNGEN ZU ELTERN, GESCHWISTERN, KINDERN UND ANDEREN VERWANDTEN [26]

a) Eltern:
Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten von 14 Interviewten ein oder beide Elternteile - einschließlich Stiefeltern.

	Interviewte	% von 14
keinen	10	71,4
vorübergehend negativen	3	21,4
dauernd negativen	1	7,2
Summe	14	100,0

Tabelle 15: Einfluß der Krankheit auf die Beziehungen zu den Eltern

b) Geschwister:
Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten von 24 Interviewten Geschwister.

	Interviewte	% von 24
keinen	17	70,8
vorübergehend negativen	2	8,3
dauernd negativen	2	8,3
völliger Abbruch der Beziehungen	3	12,6
Summe	24	100,0

Tabelle 16: Einfluß der Krankheit auf die Beziehungen zu den Geschwistern

c) Kinder:
Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten von 22 Interviewten ein oder mehrere Kinder, einschließlich Stiefkinder.

26) Zu diesem Thema konnten 34 Interviews ausgewertet werden.

	Interviewte	% von 22
keinen	17	77,3
dauernd negativen	3	13,6
völliger Abbruch der Beziehungen	2	9,1
Summe	22	100,0

Tabelle 17: Einfluß der Krankheit auf die Beziehungen zu den Kindern

d) andere nahestehende Verwandte:
Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 24 Interviewte andere nahestehende Verwandte.

	Interviewte	% von 24
keinen	16	66,7
vorübergehend negativen	6	25,0
völliger Abbruch der Beziehungen	2	8,3
Summe	24	100,0

Tabelle 18: Einfluß der Krankheit auf die Beziehungen zu anderen nahestehenden Verwandten

ad a - d:
An vorübergehenden und dauernden negativen Einflüssen wurden Streitigkeiten, Abnahme der Kontakte, schwindendes Vertrauen und in einem Fall tätliche Auseinandersetzungen genannt.
Die verwandtschaftlichen Beziehungen erwiesen sich als recht stabil. Etwa 67 bis 77 % berichteten von keinen negativen Einflüssen, etwa 8 bis 12 % vom völligen Abbruch der Beziehungen. Hier ist bemerkenswert, daß die Beziehungen zu den Eltern in keinem Fall abgebrochen wurde.

5.1.7. VORMUND- UND PFLEGSCHAFTEN [27]

	Interviewte	% v. 39
keine Vormund- oder Pflegschaften	29	74,4
Pflegschaften, die zum Zeitpunkt der Interviews aufgehoben waren	1	2,6
Vormundschaften, die zum Zeitpunkt der Interviews aufgehoben waren	1	2,6
Pflegschaften zum Zeitpunkt der Interviews	6	15,3
Vormundschaften zum Zeitpunkt der Interviews	2	5,1
Summe	39	100

Tabelle 19: Vormund- und Pflegschaften bei den 39 Interviewten

Bei 25,6 % der Interviewten bestanden mindestens vorübergehend Vormund- oder Pflegschaften.

	Anzahl
Ehepartner	3
Kinder	1
Eltern	1
Geschwister	2
andere Verwandte	1
Nichtverwandte	2
Summe	10

Tabelle 20: Die verwandtschaftlichen Beziehungen der Vormünder oder Pfleger zu ihren Mündeln

Bei den Vormündern oder Pflegern ist der große Anteil - 80 % - an Verwandten bemerkenswert.

27) Die Daten stammen von den Interviewten und den im Abschnitt 4.5.1. genannten Informationsquellen.

5.1.8. BEZIEHUNGEN ZU DEN NACHBARN [28]

Die Interviewten waren bemüht, ihre Erkrankung den Nachbarn zu verheimlichen, da sie negative Reaktionen fürchteten.
So versuchten sie entweder die Krankheit ganz zu verschweigen oder sie täuschten eine somatische Erkrankung vor. 13 Interviewte waren auf diese Weise erfolgreich.

Von 23 Interviewten wußten mindestens einige der Nachbarn von deren psychischen Erkrankung.

	Interviewte	% v. 23
keine Veränderung der nachbarschaftlichen Beziehungen	13	56,6
negative Veränderung der nachbarschaftlichen Beziehungen	10	43,4
Summe	23	100

Tabelle 21: Einfluß der Krankheit auf die nachbarschaftlichen Beziehungen

An negativen Veränderungen bzw. Reaktionen wurden genannt:

a) Abbruch der vorher gutnachbarschaftlichen Beziehungen in 5 Fällen
b) Beschwerden über den Kranken bei dessen Angehörigen in 2 Fällen
c) Beschwerden über den Kranken bei dessen Hauswirt in 1 Fall
d) Beschwerden über den Kranken beim Gesundheitsamt in 1 Fall
e) Beschimpfen der Kranken in 2 Fällen

3 Interviewte bekamen von über die Krankheit informierten Nachbarn notwendige Hilfe im Haushalt.

28) Zu diesem Thema konnten 36 Interviews ausgewertet werden.

5.1.9. STRAFRECHTLICHES [29]

a) 5 Alkoholiker waren wegen Trunkenheit am Steuer verurteilt worden.

b) Aus der Akte eines Alkoholikers ging hervor, daß wegen seines im betrunkenen Zustand Herumliegens auf öffentlichen Plätzen mindestens zwanzigmal polizeiliches Einschreiten notwendig war. Gegen ihn waren mehrere Anzeigen wegen groben Unfugs gestellt worden. Zu einer Verurteilung kam es nicht.

c) Eine Interviewte wurde einmal wegen eines Vergehens gegen das Rauschmittelgesetz verurteilt.

d) Ein Interviewter stand einmal wegen Verletzung der Unterhaltspflicht vor Gericht.

e) Ein Interviewter wurde bei einem Kaufhausdiebstahl ertappt. Er wurde wegen Schuldunfähigkeit nicht verurteilt.

f) Eine Interviewte beging mehrmals leichte Körperverletzung. Da sie als krank bekannt war, wurde nie Strafanzeige gestellt.

10 von 38 Interviewten - das sind 26,3 % - kamen mit dem Gesetz in Konflikt. HÄFNER und BÖKER konnten jedoch zeigen, daß Geisteskranke und Geistesschwache nicht häufiger gewalttätig werden als Nicht-Geisteskranke. [30]

29) Die Angaben stammen von den Interviewten und von den im Abschnitt 4.5.1. genannten zusätzlichen Informationsquellen und beziehen sich auf 38 Interviewte.

30) vgl.: HÄFNER u. BÖKER, 1972

5.1.10. MEDIZINISCHE NACHBEHANDLUNG UND SOZIALE NACHBETREUUNG [31]

	Interviewte	% v. 37
keine ärztliche Nachbehandlung	11	29,7
ärztliche Nachbehandlung beendet	4	10,8
in nervenärztlicher Behandlung	14	37,8
wegen psychischer Krankheit in hausärztlicher Behandlung	8	21,7
Summe	37	100

Tabelle 22: Die medizinische Nachbehandlung nach der Entlassung aus dem LKH Warstein

Bei 29,7 % der Interviewten fand nach ihrer Entlassung aus dem LKH Warstein keine ärztliche Nachbehandlung statt. Bemerkenswert ist auch der große Anteil der Kranken, der nicht in nervenärztlicher sondern in hausärztlicher Behandlung stand.

Soziale Nachbetreuung:

a) Von den 39 Interviewten waren dem Gesundheitsamt 35 als psychisch Kranke bekannt. Sie wurden mit unterschiedlicher Häufigkeit und Regelmäßigkeit zu den Sprechstunden der psychiatrischen Außenfürsorge gebeten und von den Fürsorgerinnen betreut.

b) Von den Selbsthilfeorganisationen zur Bekämpfung des Alkoholismus gab es zur Zeit der Untersuchung nur die "Anonymen Alkoholiker" in Witten. Von den 18 Alkoholkranken versuchten nur 7 - das sind 38,9 % - bei dieser Gruppe mitzuarbeiten. 6 von ihnen beendeten ihren Versuch vorzeitig. [32]

31) Zu diesem Thema konnten 37 Interviews ausgewertet werden. Die Angaben über die Betreuung durch das Gesundheitsamt stammen von diesem.

32) s. Abschnitt 2.3.

c) Eine Interviewte wurde durch den "Club der Behinderten und ihrer Freunde" betreut. [33]

5.1.11. SUICIDE

Aus Spalte II der Tabelle 4 ist ersichtlich, daß mindestens 23 Kranke der Grundgesamtheit bis zum Zeitpunkt der Untersuchung verstorben waren.
In 19 Fällen gelang es, die Todesursache zu ermitteln. [34]
12 Kranke starben an einer natürlichen Todesursache, 7 begingen Selbsmord - das sind 36,8 %.
Auch wenn dieses Ergebnis auf Grund methodischer Schwierigkeiten nicht als repräsentativ anzusehen ist, so ist es doch erschreckend.

Die 7 Kranken und deren Enddiagnosen:
a) eine Frau, Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose ICD 296.2
b) eine Frau, Psychose bei nicht näher bezeichneter körperlicher Krankheit ICD 294.9
c) eine Frau, Trunksucht ICD 303.2
d) eine Frau, Involutionsdepression ICD 296.0
e) eine Frau, Paranoide Psychose im Involutionsalter ICD 287.1
f) zwei Männer, Depressive Neurose ICD 300.4

5.1.12. STERBEALTER

Mit Hilfe der Angaben der Einwohnermeldestelle der Stadt Witten und der Auskünfte von Verwandten konnte von 23 Verstorbenen das Sterbealter errechnet werden.

a) 11 Männer starben in einem Alter von 17,9 bis 85,3 Jahren, im Durchschnitt 57,0 Jahre.

33) a.a.O.
34) Das Ergebnis beruht in 15 Fällen auf der Auswertung der Totenscheine, in 3 Fällen auf Angaben der Fürsorgerinnen und in einem Fall auf Angaben eines Verwandten.

b) 12 Frauen starben mit einem Alter von 39,7 bis 90,7 Jahre, im Durchschnitt 67,9 Jahre.

Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug für die Jahre 1972/74 in der BRD bei den Männern 67,87 und bei den Frauen 74,36 Jahre. [35)]

Daß die Mortalität psychisch Kranker höher ist als die der Allgemeinbevölkerung wird häufiger in der Literatur beschrieben.
Wird die Mortalität der Allgemeinbevölkerung mit 100 % angegeben, so beträgt sie bei Schizophrenen 161-185 %, bei Depressiven 168-195 %, bei Alkoholikern 173-215 %, bei manischen Syndromen 146-204 % und bei anderen Psychotikern 212-232 %. [36)]

5.1.13. KRANKE IN SCHLICHT- ODER ÜBERGANGSWOHNUNGEN

Bei einem Vergleich der Adressen der Kranken der Grundgesamtheit mit einem Verzeichnis der Schlicht- oder Übergangswohnungen des Ordnungsamtes der Stadt Witten ergab sich, daß zehn Kranke - 7,6 % - in einer solchen Wohnung wohnten oder gewohnt hatten. [37)]
Eine psychiatrische Erkrankung kann den Betroffenen zu einem Stigmatisierten in der Stadt Witten machen; es ist für alle sichtbar, daß er in einem "Asozial-Quartier" wohnt.

35) vgl.: Statistisches Jahrbuch 1976 für die BRD
36) vgl.: CIOMPI u. MÜLLER, 1976, S. 49
37) In diesen Wohnungen leben Mitglieder der sozialen Randgruppen. Bei vielen von ihnen wurde die Kündigung der privaten Wohnung gerichtlich vollstreckt. Eine neue fanden sie aus vielerlei Gründen nicht, oft wegen finanzieller Schwierigkeiten. Die Gebäude mit den Schlicht- oder Übergangswohnungen sind den meisten Stadtbewohnern als "Asozialenunterkünfte" bekannt.

5.1.14. DIE KRANKEN IN EINEM ALTEN-ODER PFLEGEHEIM

Aus Tabelle 4, Spalten I, III und IV ist ersichtlich, daß 30 Kranke - das sind 22,9 % der Grundgesamtheit - in einem Alten- oder Pflegeheim lebten. [38)]
Für die 110 107 Einwohner der Stadt Witten standen 522 Plätze in einem Alten- oder Pflegeheim innerhalb Wittens zur Verfügung, d.h. für 0,47 % der Bevölkerung. [39)]
Ein nicht unerheblicher Teil psychisch Kranker scheint nicht therapiert, sondern in Heimen verwahrt zu werden.

	Kranke in einem Alten- o. Pflegeheim		Kranke der Grundgesamtheit	
	total	% v. 30	total	% v. 131
verheiratet	1	3,3	67	51,1
geschieden oder getrennt lebend	3	10,0	7	5,3
verwitwet	15	50,0	25	19,1
ledig	11	36,7	32	24,5
Summe	30	100,0	131	100,0

Tabelle 23: Der Familienstand der Kranken in einem Alten- oder Pflegeheim und der Kranken der Grundgesamtheit

Tabelle 23 zeigt deutlich, daß die Kranken ohne Ehepartner in den Alten- und Pflegeheimen überrepräsentiert sind. Beim Fehlen eines Ehepartners ist keine ausreichende Versorgung sichergestellt, die die Notwendigkeit eines Heimaufenthaltes verhindert.

38) Die 8 Verstorbenen wurden mitberücksichtigt.
39) Diese Angaben verdankt der Autor dem Amt für Statistik, Stadtforschung und Öffentlichkeitsarbeit der Stadt Witten; Stichtag war der 31.12.1975.

5.2. BEURTEILUNG UND HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER SOZIALEN FOLGEN

Es erscheint sinnvoll, folgende in dieser Studie erfaßten Auswirkungen einer psychischen Krankheit auf das Schicksal des Kranken als schwerwiegende negative soziale Folgen zu bezeichnen.

a) Fehlende Berufsausbildung
b) Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben
c) Scheidung
d) Andauernde Belastung der Beziehungen zu dem Eheparner
e) Andauernde Belastung oder Abbruch der Beziehungen zu Verwandten
f) Abbruch von Freundschaften
g) Abbruch gutnarchbarlicher Beziehungen
h) Strafrechtliche Verfolgung und/oder Verurteilung
i) Vorübergehende oder andauernde Vormund- oder Pflegschaften
k) Aufnahme in ein Alten- oder Pflegeheim

Diagramm 2 zeigt die Häufigkeitsverteilung der schwerwiegenden negativen sozialen Folgen.

Bei 20 von 36 Interviewten - das sind 55,5 % - traten mindestens zwei schwerwiegende negative soziale Folgen ein.
Alkoholiker waren nicht bis schwer betroffen (keine bis vier Folgen), Schizophrene immer schwer (mindestens zwei Folgen).

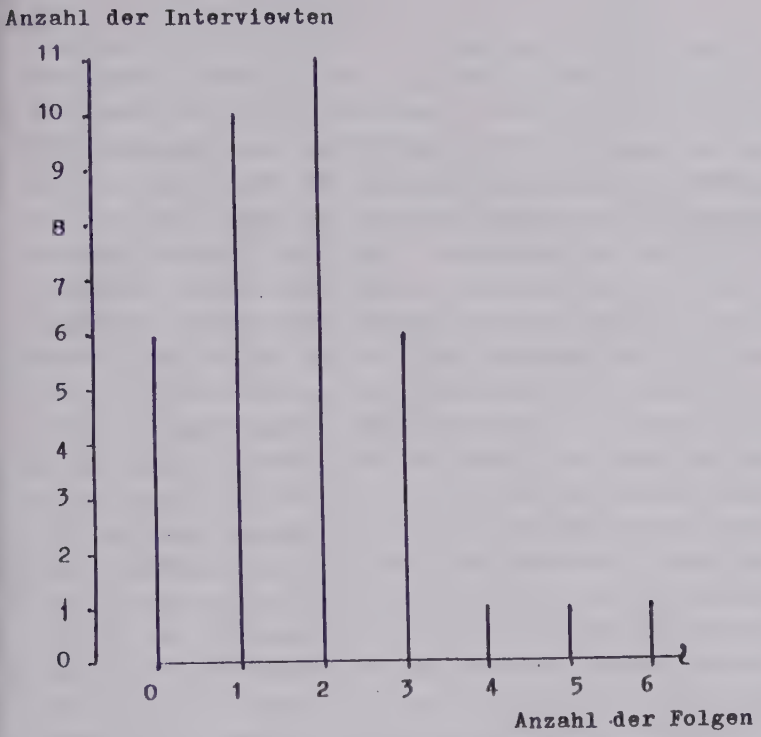

Diagramm 2: Die Häufigkeitsverteilung der schwerwiegenden negativen sozialen Folgen 40)

40) Für dieses Diagramm konnten 36 Interviews berücksichtigt werden. Genannt werden nur solche Folgen, auf die die Interviewten einen Einfluß ihrer Krankheit bejahten.

6.DIE PSYCHISCH KRANKEN IN DER STADT WITTEN

Wie schon in Abschnitt 2.2. dargelegt, können die Kranken der Grundgesamtheit nicht für die psychisch Kranken in der Stadt Witten repräsentativ sein. Da diese Pilotstudie auch Aussagen über den Umfang und die Zusammensetzung der in der weiteren Forschung zu untersuchenden Krankengruppe treffen soll, wird im Folgenden die Gruppe der psychisch Kranken wohnhaft in Witten beschrieben und mit der Grundgesamtheit verglichen. Genaue Angaben über die Zahl der psychisch Kranken in Witten existieren nicht. Es werden deshalb die in der Enquete über die Lage der Psychiatrie gemachten Aussagen auf die Verhältnisse in der Stadt Witten hochgerechnet. Der Autor weiß, daß dieses Vorgehen methodisch anfechtbar ist. Es kommt hier aber nur auf einen ungefähren Überblick an, nicht auf genaue Zahlen. "Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweisen sich innerhalb eines Jahres ....1,8 bis 2 % der Bevölkerung" [41] In Witten wären das bei 110 107 Einwohnern [42] rund 2 200 im Jahr. Von diesen ist nur ein Bruchteil mit der Grundgesamtheit erfaßt. "Den niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten konsultieren wegen psychischer Krankheiten innerhalb eines Jahres ein Prozent der Einwohner" [43] Das wären in Witten rund 1 100 im Jahr.
DILLING schreibt in einem Artikel [44] über eine in Oberbayern in 8 nervenärztlichen Praxen durchgeführte Untersuchung, daß von den 6 028 dort ambulant behandelten Pa-

41) vgl.: Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD, S. 7
42) Die Angaben über die Bevölkerungsgröße der Stadt Witten stammen vom Amt für Statistik, Stadtforschung und Öffentlichkeitsarbeit der Stadt Witten. Stichtag war der 31.12.1975.
43) vgl.: Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD, S. 7.
44) vgl.: DILLING, 1974

tienten 46 % an neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, 18 % an endogenen depressiven oder manischen Psychosen und 8 % an schizophrenen Psychosen litten. Weiter schreibt er, daß in den ambulanten Praxen das Schwergewicht auf den Neurosen, in den psychiatrischen Krankenhäusern auf den Psychosen liegt. Bezüglich der Grundgesamtheit dieser Untersuchung bedeutet das, daß die Neurotiker in ihr stark unterrepräsentiert sind. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, daß die nur 3,1 % der Grundgesamtheit ausmachen.
Rechnet man die Ergebnisse einer 1965 in Mannheim durchgeführten Studie auf die Bevölkerung der BRD hoch, so ergeben sich die in Tabelle 24 aufgeführten Angaben [45].

Diagnosen	Anteil der Hauptdiagnosen in %
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.....	30,2
Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen und andere Psychosen	17,6
Abbauprozesse im Alter	13,8
Alkoholismus und andere Suchten	6,3
Geistige Behinderungen	13,2
Cerebrale Anfallsleiden	3,9

Tabelle 24: Aufteilung der Hauptdiagnosen der erstmals zur Beratung, Untersuchung oder Behandlung kommenden psychisch Kranken in der BRD 46)

Bezüglich der Neurotiker läßt sich dasselbe sagen wie oben. Auch wenn die 2 Kranken der Gruppe II der Tabelle 3,

45) vgl.: Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD, S. 7

46) a.a.O.

bei denen eine der Enddiagnosen Persönlichkeitsstörungen (ICD 301) lautet, mitberücksichtigt werden, stehen 4,6 % gegen die 30,2 % der Tabelle 24.
Auch wenn die Diagnosenaufteilung in Tabelle 3 nicht mit der in Tabelle 24 übereinstimmt, so läßt sich doch eindeutig erkennen, daß die Psychotiker in der Grundgesamtheit überrepräsentiert sind. In ihr sind allein 14,5 % Schizophrene. Von den 52 Kranken der Gruppe II der Tabelle 3 lautet bei 13 eine der Enddiagnosen manisch - depressive Erkrankung (ICD 296), das sind 9,9 % der Grundgesamtheit, zusammen mit den Schizophrenen 24,4 %, ohne Berücksichtigung der anderen Psychotiker. Diesen stehen 17,6 % aus Tabelle 24 gegenüber.
Der Anteil der geistig Behinderten wird in Tabelle 24 mit 13,2 % angegeben. In der Grundgesamtheit machen sie 2,3 % aus.

	1973 [47]	1974 [48]	1975 [49]
Psychosen	183	146	122
Schwachsinn	236	222	145
Epilepsie	32	32	33
Sucht und Suchtverdacht	108	135	102
Abnorme Persönlichkeiten und Reaktionen	48	39	39
Sonstige	134	112	39
Summe	741	686	480

Tabelle 25: Durch die Nebenstelle Witten des Gesundheitsamtes des Ennepe-Ruhr Kreises betreute psychisch Kranke

47) vgl.: Jahresgesundheitsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen, 1973
48) vgl.: Jahresgesundheitsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen, 1974
49) Die Daten verdankt der Autor dem Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr Kreises.

In Tabelle 24 wird der Anteil der Suchtkranken mit 6,3 % beziffert. In der Grundgesamtheit befinden sich 44 Suchtkranke; alle 8 Kranken der Gruppe VI der Tabelle 3 und die 36 aus der Gruppe IV, bei denen eine der Enddiagnosen Alkoholismus (ICD 303) lautete. Diese 44 Kranken stellen 33,6 % der Grundgesamtheit dar. Die Suchtkranken sind also überrepräsentiert.
Tabelle 24 verdeutlicht, daß auch vom Gesundheitsamt nur ein selektiertes Krankengut betreut wird.
Da die Tabellen 3, 24 und 25 unterschiedlich aufgebaut sind, sind weitere Vergleiche nicht möglich.

Auch wenn die obigen Ausführungen kurz und unvollständig sind, so machen sie doch deutlich, daß die Kranken der Grundgesamtheit bezüglich ihrer Krankheit nicht für die Gesamtheit der psychiatrisch Kranken in Witten stehen können, Da die verschiedenen Krankheiten auch verschiedene soziale Folgen für den Erkrankten nach sich ziehen, so ist bekannt, daß Neurotiker sozial besser integriert sind als Alkoholiker oder Schizophrene, kann das hier beschriebene soziale Schicksal nicht als beispielhaft für das aller Kranken angesehen werden. Bei der weiteren Forschung wäre also der Auswahl der zu untersuchenden Gruppe je nach Zielsetzung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die folgenden Anmerkungen sollen dieses bezüglich anderer Merkmale vervollständigen:
Wie schon bemerkt, hat das LKH Warstein für Patienten aus Witten die Aufnahmeverpflichtung, d.h.: Alle Kranken die 18 Jahre und älter sind und nach dem PsychKG untergebracht werden, kommen in das LKH Warstein. Eine Unterbringung nach dem PsychKG setzt eine akute Gefährdung der Öffentlichkeit durch den Kranken oder eine akute Gefahr für Leib oder Leben des Kranken voraus. Von den 131 Kranken der Grundgesamtheit sind 60 bis zum 31.12.

1975 mindestens einmal nach dem PsychKG aufgenommen worden, das sind 45,8 %. Neben der Schwere der Krankheit haben noch andere Faktoren wie soziale Isolation oder familiäre Desintegration Einfluß auf eine Unterbringung nach dem PsychKG. Diese Faktoren belasten sicherlich zusätzlich die soziale Entwicklung des Kranken.
Die im Abschnitt 2.3. unter A genannten Krankenhäuser sind bei einer Unterbringung nach dem PsychKG nicht zur Aufnahme verpflichtet.
Die nach diesem Gesetz Untergebrachten sind daher überrepräsentiert.

Auch die Unterbringung durch den Vormund oder den Pfleger kommen größtenteils in das LKH Warstein. 23 Kranke der Grundgesamtheit wurden bis zum 31.12.1975 mindestens einmal auf diese Weise untergebracht, das sind 17,6 %. Auch diese Gruppe ist überrepräsentiert.

Das Gleiche gibt es auch über die Alterskranken zu berichten. Laut mündlicher Auskunft eines Wittener Nervenarztes werden auch sie hauptsächlich vom LKH Warstein aufgenommen. Von den Kranken der Grundgesamtheit waren 32 zum 31.12.1975 65 Jahre und älter, das sind 24,4 %.

Das soziale Schicksal stationär behandelter psychisch Kranker unterscheidet sich nicht nur auf Grund der unterschiedlichen Schwere der Krankheiten von dem ambulant Behandelter. Es ist bekannt, das Kranke, die in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden sind, stärker von negativen Wertungen der Umwelt getroffen werden als ambulant Behandelte und so einer größeren der Rehabilitierung entgegenstehenden sozialen Isolierung ausgesetzt sind [50].

50) vgl.: HÄFNER, 1969, S. 79

Bei einer Aufnahmedokumentation des LKH Düsseldorf-Grafenberg stellte sich heraus, daß Angehörige der unteren sozialen Schicht bei den Aufnahmen überproportional vertreten waren. RÜTHER bemerkt dazu: [51] "Das LKH erweist sich als die Kontrollinstanz für residuale Abweicher aus der unteren Schicht. Die soziale Klassenlage beeinflußt in hohem Maße die Produktion von LKH-Patienten sowohl über das Verhalten der Definierten (Hospitalisierten) als auch über das Verhalten der Definierer (Hospitalisierer)."
Es muß daher davon ausgegangen werden, daß in der Grundgesamtheit die untere soziale Schicht überrepräsentiert ist.

51) RÜTHER, 1973

7. BEURTEILUNG DER VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER

7.1. VERGLEICH DER REALVERSORGUNG MIT DER EMPFOHLENEN IDEALVERSORGUNG [52)]

Die Realversorgung psychisch Kranker wohnhaft in Witten zum Durchführungszeitpunkt dieser Studie muß im Vergleich zu einer Idealversorgung nach der Psychiatrie-Enquete als unzureichend und dringend verbesserungsbedürftig beurteilt werden. Insbesondere haben folgende Mängel zu diesem Urteil beigetragen:

a) Das Fehlen einer Suchtkrankenberatungsstelle
b) Das Fehlen fachpsychotherapeutischer Dienste
c) Der überwiegende Teil der stationären Dienste wurde nicht gemeindenah angeboten. Das LKH Warstein liegt etwa 70 km von Witten entfernt und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln äußerst schlecht zu erreichen.
d) Das Fehlen halbstationärer Dienste
e) Das Fehlen komplementärer Dienste mit Ausnahme der psychiatrischen Fürsorge des Gesundheitsamtes, eines Patientenclubs und einer Selbsthilfeorganisation
f) Das unzureichende Angebot spezieller rehabilitativer Dienste (Bei keinem der Interviewten fand eine berufliche Rehabilitation statt.)
g) Das Fehlen gerontopsychiatrischer Polikliniken
h) Bei den Diensten für spezielle Patientengruppen machte sich besonders das Fehlen von Versorgungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete bemerkbar. (36,8 % der Verstorbenen begingen Selbstmord.)
i) Die außerhalb Wittens angebotenen Dienste waren bezüglich ihrer Gliederung und ihres Spezialisierungsgrades nicht überschaubar, so daß nicht jeder Patient dem für ihn optimalen Dienst zugeführt werden konnte.

52) vgl.: Abschnitt 2.3 und 3.

7.2. BEURTEILUNG DES SOZIALEN SCHICKSALS

Das soziale Schicksal der untersuchten Kranken muß ebenfalls zu dem Ergebnis führen, daß die Versorgung psychisch Kranker wohnhaft in Witten verbesserungsbedürftig ist. Folgende Einzelergebnisse sollen hier hervorgehoben werden und die Versorgungsbeurteilung belegen:

a) Von den bei oder nach ihrer Erkrankung Erwerbstätigen schieden 54,5 % wegen ihrer Erkrankung vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus.
   Bei keinem von ihnen fand eine berufliche Rehabilitation statt.

b) Von den bei oder nach ihrer Erkrankung Erwerbstätigen waren 45,4 % wegen ihrer Erkrankung mindestens vorübergehend arbeitslos.

c) Bei 25,6 % der Interviewten bestanden mindestens vorübergehend Vormund- oder Pflegschaften.

d) Bei 29,7 % der Interviewten fand nach ihrer Entlassung aus dem LKH Warstein keinerlei ärztliche Nachbehandlung statt.

e) Bei 36,8 % der Verstorbenen war Suicid die Todesursache.

f) Die Mortalität war deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

g) 7,6 % der Grundgesamtheit wohnten in Schlicht- oder Übergangswohnungen der Stadt Witten.

h) Bei 83,3 % der Interviewten trat mindestens eine, bei 55,5 % traten mindestens zwei schwerwiegende negative soziale Folgen ein.

8. ERGEBNISSE DER PILOTSTUDIE

Zusammenfassend können folgende Ergebnisse genannt werden, die bei weiteren Arbeiten über die Effizienz der Versorgung psychisch Kranker Berücksichtigung finden sollten.

a) Eine Beurteilung der Versorgungseffizienz an Hand des sozialen Schicksals der Kranken ist möglich.

b) Wie in Abschnitt 6. dargelegt, bedarf die Auswahl der zu untersuchenden Gruppe psychisch Kranker besonderer Beachtung.

c) Als Methode zur Erfassung des sozialen Schicksals kann ein Intensivinterview der Kranken gewählt werden.

d) Dabei ist die Kontaktaufnahme mit den Kranken besonders vorzubereiten. Der Interviewer sollte den Kranken durch eine ihnen vertraute Person vorgestellt werden.

e) Die Angaben der Interviewten erschienen dem Autor als ausreichend zuverlässig wenn auch teilweise unvollständig. Daher sollten besonders Angaben über die Krankheit - wie z.B. die Diagnosen - und über rechtliche Folgen - wie z.B. Vormundschaften - von den behandelnden Ärzten oder den entsprechenden Behörden stammen. Besonders ergiebig erwiesen sich die Akten des Gesundheitsamtes.

f) Der bei dieser Studie angewandte Interviewerleitfaden erwies sich als praktikabel. Besser als die chronologische Aufteilung des Leitfadens wäre aber eine themenmäßige, da die meisten Interviewten sich spontan über ein Thema - z.B. Beziehungen zu den Arbeitskollegen - unchronologisch äußerten.

g) In einer Voruntersuchung ist der Verbleib und die Interviewbarkeit der Kranken zu klären, um zu verhindern, daß die Grundgesamtheit bzw. Stichprobe für eine zuverlässige Aussage zu klein wird.

9. DIE FRAGEN DES INTERVIEWERLEITFADENS

Im Folgenden findet sich eine Abschrift des verwendeten Interviewerleitfadens:

Nr. des Interviews: Datum: Dauer:
Ort: Anwesende Dritte: Antwortende:
Verhalten des (der) Interviewten:
Geburtsdatum: Enddiagnosen:
Zahl der Aufenthalte im LKH Warstein:
Gesamtdauer der Aufenthalte: Art der Aufnahmen:

Vor der Erkrankung:

Schulausbildung:
Welchen Abschluß? Abgebrochen? Wenn ja, warum?
Berufsausbildung:
Welchen Abschluß? Abgebrochen? Wenn ja, warum?
Gearbeitet als? Wo? Höhe des Verdienstes?
Kontakte zu Mitschülern/Mitarbeitern:
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Freunde unter den Mitschülern/Mitarbeitern?
Familie:
Lebende Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Enkel oder Geschwister?
Sonstige nahestehende Verwandte?
Familienstand? Zusammengewohnt mit wem?
Beruf des Ehegatten? Qualität der Gemeinschaft?
Kontakte mit wem, wie oft und wozu?
Freundschaften:
Anzahl? Art der Freundschaften?
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Kontakte zu Nachbarn:
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Gutnachbarschaftliche Beziehungen?

Krankheit:

Seit wann psychisch krank? Erkrankung während der Schul- oder Berufsausbildung? Erste ärztliche

Behandlung wann und durch wen? Weitere Behandlungen? Ambulant oder stationär?

Einfluß der Krankheit:

Schulausbildung:
Einfluß auf die Schulausbildung?

Berufsausbildung:
Einfluß auf die Berufsausbildung?

Berufsleben:
Wie oft und warum arbeitsunfähig?
Berufsunfähig? Erwerbsunfähig?
Versetzungen im Betrieb? Kündigungen?
Wenn ja, durch wen? Anzahl der Stellungen?
Als was? Umschulung? Berufliche Rehabilitation?
Einfluß der Krankheit auf das Berufsleben? (Gesamteinschätzung durch den Interviewten)

Kontakte zu Mitschülern/Mitarbeitern:
Wissen die oben Genannten von der Erkrankung?
Wenn ja, alle? Reaktion der oben Genannten?
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Freunde unter den Mitschülern/Mitarbeitern?
Hilfen von Mitschülern/Mitarbeitern?
Art und Häufigkeit der Hilfen?
Einfluß der Krankheit auf die Kontakte zu Mitschülern/Mitarbeitern? (Gesamteinschätzung durch den Interviewten)

Jetziges Einkommen:
Höhe? Renten? Art der Rente?
Seit wann berentet?

Familie:
Jetziger Familienstand? Grund der Veränderung?
Mit wem und warum Schwierigkeiten im Familienleben?
Art der Schwierigkeiten? Zusammenwohnen mit wem?
Qualität der Gemeinschaft? Kontakte mit wem, wie oft und wozu? Besorgung des Haushaltes?
Hilfen von Verwandten? Art und Häufigkeit der Hilfen?
Einfluß der Krankheit auf das Familienleben? (Gesamteinschätzung durch den Interviewten)

Freundschaften:
Wissen die oben Genannten von der Erkrankung?
Wenn ja, alle? Reaktion der oben Genannten?
Anzahl der Freundschaften? Art der Freundschaften?
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Hilfen von Freunden?
Art und Häufigkeit der Hilfen?
Einfluß der Krankheit auf die Freundschaften? (Gesamteinschätzung durch den Interviewten)
Kontakte zu Nachbarn:
Wissen die oben Genannten von der Erkrankung?
Wenn ja, alle? Reaktion der oben Genannten?
Art der Kontakte? Häufigkeit der Kontakte?
Gutnachbarschaftliche Beziehungen?
Hilfen von Nachbarn? Art und Häufigkeit der Hilfen?
Einfluß der Krankheit auf die Kontakte zu den Nachbarn? (Gesamteinschätzung durch den Interviewten)
Unterbringung in Heimen:
Art des Heimes? Seit wann? Grund für die Unterbringung?
Kontakte im Heim mit wem? Wozu? Wie oft?
Besuche von wem und wie oft?
Bettlägerigkeit oder Pflegebedürftigkeit des Interviewten?
Wunsch des Interviewten nach Aufnahme bei Verwandten?
Möglichkeit der Verwandten zur Aufnahme?
Pfleger/Vormund:
Bestehen oder bestanden Pfleg- oder Vormundschaften?
Wenn ja, seit wann? Aufgehoben? Wer wurde als Pfleger oder Vormund eingesetzt?
Art und Häufigkeit der Kontakte mit dem Pfleger oder Vormund?
Strafrechtliches:
Vorbestraft? Wenn ja, weswegen, wann und wie oft?
Wozu verurteilt? Schuldfähig?

Medizinische Nachbehandlung:

Durch wen? Wie oft? Art der Nachbehandlung?
Abgeschlossen? Abgebrochen? Wenn ja, warum?

Soziale Nachbetreuung:

Durch wen? Wie oft? Art der Nachbetreuung?
Abgeschlossen? Abgebrochen? Wenn ja, warum?
Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe?
Art der Mitarbeit?

10. LITERATURVERZEICHNIS

BLEULER, M., Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten, Stuttgart, Thieme Verlag, 1972

BLUM, E., Die Aufgaben des Gesundheitsamtes als Beratungs- und Betreuungsstelle für psychisch Kranke und geistig Behinderte, Öff. Gesundh.-Wesen 39 (1977) 41-46

CIOMPI, L. u. MÜLLER, C., Lebensweg und Alter der Schizophrenen, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1976

DEGKWITZ, R. et al (Hrsg.), Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1975

DILLING, H., Nervenärzte in der Praxis - Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung, Psychiatrische Praxis 1 (1974) 99-106

Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200, Bonn-Bad Godesberg, 1975

FEUERLEIN, W., Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart, Thieme Verlag, 1975

FINZEN, A., Psychische Krankheit als sozialer Prozeß, in: CRANACH, v. M. u. FINZEN, A. (Hrsg.), Sozialpsychiatrische Texte, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1972

FRIEDRICHS, J., Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Verlag, 1973

HÄFNER, H., Resozialisierung bei psychischen Störungen, in: BLOHMKE, M. (Hrsg.), Sozialpsychiatrie, Stuttgart, Gentner Verlag, 1969

HÄFNER, H. u. BÖKER, W., Geistesgestörte Gewalttäter in der Bundesrepublik, Nervenarzt 43 (1972) 285-291

JAECKEL, M. u. WIESER, S., Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart, Thieme Verlag, 1970

Jahresgesundheitsbericht 1973, Hrsg.: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen, 1975

Jahresgesundheitsbericht 1974, Hrsg.: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen, 1976

REINHARDT-SCHNADT, H., Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25 (1973) 336-349

RÜTHER, W., Soziale Determinanten der "Produktion und Weiterverarbeitung" von LKH-Patienten und ihre sozialen Folgen, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 25 (1973) 286-298

Statistisches Jahrbuch 1976 für die BRD, Hrsg.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart und Mainz, Kohlhammer Verlag, 1976

VOGEL, T. u. VLIEGEN, J., Soziale Auswirkungen der Schizophrenie, Nervenarzt 46 (1975) 569-575

DANKSAGUNG

Für ihr Entgegenkommen und ihre Unterstützung möchte der Autor an dieser Stelle danken:

Herrn Dr. Kluge
Herrn Dr. Schottky - Landeskrankenhaus Warstein -

Frau Dr. Hopp
Herrn Dr. Wendenburg - Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr Kreises -

den Mitarbeitern und von ihnen ganz besonders den Fürsorgerinnen der Nebenstelle Witten des Gesundheitsamtes des Ennepe-Ruhe Kreises

Herrn Walter Dieckmann
Herrn Gerd Schneider - Lehrstuhl für Sozialmedizin der Ruhr-Universität Bochum -

Ganz besonders dankt der Autor
Herrn Dr. Rummelspacher - Nebenstelle Witten des Gesundheitsamtes des Ennepe-Ruhr Kreises - für seine außerordentliche Hilfsbereitschaft und

Herrn Prof. Viefhues - Lehrstuhl für Sozialmedizin der Ruhr-Universität Bochum - für die Überlassung des Themas.

LEBENSLAUF

Ich, Wilfried Engelmann, wurde am 7.3.1953 als Sohn des Arbeiters Erwin Engelmann und seiner Ehefrau Lydia in Witten geboren.
Nach einem vierjährigen Besuch der Grundschule wechselte ich 1963 zum Städt. Gymnasium Witten, wählte ab Obertertia den mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig und bestand dort 1972 mein Abitur.
Zum Wintersemester 72/73 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum und setzte dieses nach dem Ablegen der Ärztlichen Vorprüfung zum Sommersemester 1975 an der Universität Essen fort.
Am 13.4.1976 heiratete ich meine Frau Beatrix.
Zum Sommersemester 1978 begann ich das Praktische Jahr. Die Pflichtfächer Innere Medizin und Chirurgie wurden an den Augusta-Krankenanstalten Bochum - Chefärzte: Prof. Böhle und Prof. John - durchgeführt. Das Wahlfach Pädiatrie absolvierte ich an der Kinderklinik der Universität Essen - Direktor: Prof. Stephan -.
Am 22.5.1979 wurde mir die Approbation als Arzt erteilt.
Vom 1.7.1979 bis zum 30.9.1980 leistete ich meinen Grundwehrdienst ab. Während dieser Zeit arbeitete ich sieben Monate als Musterungsarzt und sieben Monate als Truppenarzt.
Am 3.12.1979 wurde mein Sohn Tristan geboren.
Seit dem 1.10.1980 arbeite ich als Assistent an der Chirurgischen Abteilung des Marien-Hospitals Witten - Chefarzt: Dr. Rickels -.